

中津川市病児保育所利用連絡票

(医師記入欄)

児童の氏名	年 月 日生
病名・症状	
年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。	
診断医療機関名及び電話番号	
診断医師署名	印

(保護者記入欄)

医療機関で診察以外に検査や治療を受けられましたか。
いいえ・はい（内容） ※内容例：インフルエンザの判定検査や点滴など
医師から以下の事について指示等がありましたか。
安 静： いいえ はい→ { ベッド上で安静・室内安静（静かな遊び可） ・室内保育（他児との遊び可） }
食 べ 物： いいえ はい→ { 絶食・その他の指示 （内容） }
その他、医師から特別な指示はありましたか。（注意点、出席停止期間や隔離など）
いいえ・はい（内容）
薬を処方されましたか。
いいえ・はい（薬名）